ITEM 237 : PALPITATIONS

Palpitations = trouble subjectif correspondant à une sensation :
- De **perception anormale de battements cardiaques**, normaux ou anormaux, décrite comme « cœur se débattant ».
- Que le cœur bat trop fort (palpitation hyperkinétique) ou trop vite ou irrégulièrement (palpitation rythmique, **tachycardie**).
- Localisation des battements non spécifique, varie selon patients : latéro-cervicale, latéro-thoracique, précordiale.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

3 principes :
1) Rechercher une **cardiopathie** sous-jacente, si absente : palpitations sur cœur sain.
2) Recherche une cause **extracardiaque** si bilan CV normal : excitants (alcool, tabac, cocaïne, amphétamines, sympathomimétiques, hormones thyroïdiennes), grossesse, hyperthyroïdie, fièvre, déshydratation, signes de SAS
3) Établir **corrélation électro clinique** = concordance entre symptômes (palpitations) et anomalies ECG → éléments aidants à l'orientation : crise polyurique finale, début et fin brutaux, démarrage sur changement brusque de position : évoquent une tachycardie jonctionnelle (TJ).

SIGNES DE GRAVITÉ

Éléments de gravité **: terrain**, **mauvaise tolérance hémodynamique**, **tachycardie ventriculaire.**
- **Interrogatoire** :
  - *Antécédents personnels* : cardiopathie sous-jacente (ischémique, dilatée, hypertrophique, congénitale), trouble du rythme (notamment ventriculaire), stimulateur ou défibrillateur, prise anti-arythmique ou traitement allongeant QT.
  - *Antécédents familiaux* : mort subite du nourrisson ou < 35-40 ans dans la famille, oriente vers cause génétique.
  - *Symptômes* : lipothymies, syncopes (**malaise/perte de connaissance**) ; FC > 150/min, hypotension, signes de bas débit (cérébral : confusion/digestif : douleurs abdominales) ; signes d'insuffisance cardiaque (**dyspnée**), **angor** (lié à un syndrome coronaire aigu ou fonctionnel), signes neuro (AVC sur FA).
  - *Préciser* : durée épisode ? facteur déclenchant ? brutal/progressif ? permanent ou paroxystique ? effort ou repos ? fréquence des crises ? éréthisme cardiaque ? permanent ou paroxystique ? caractère régulier ou irrégulier des sensations anormales ? Faire mimer au patient en tapotant sur une table par ex.
- **ECG** :
  - Évoquant une urgence absolue (risque d'ACR) : toute tachycardie régulière à QRS larges = TV jusqu'à preuve du contraire, trouble de repolarisation évoquant un SCA, FC > 200/min : angor possible.
  - Eléments de gravité : tachycardie à QRS fins (> 150/min) avec mauvaise tolérance clinique, signes de cardiopathie sous-jacente (séquelle, maladie électrique primaire).
  - Test à l'adénosine permet de faire diagnostic : peut stopper la tachycardie si TJ (réentrée intranodale ou voie accessoire), voire ralentir la FC pour mieux voir activité atriale (flutter, FA, tachycardie atriale), échec si TV.
  - Recherche sd Brugada, cardiopathie ischémique, voie accessoire (pré excitation), sd QT long (risque de torsade de pointes), signes de cardiopathie hypertrophique, repolarisation précoce.

PARALLÉLISME ÉLECTRO-CLINIQUE

Deux types d'enregistrement ECG :
<u>ECG per critique</u> :
- Concomitant aux palpitations, permet d'établir une corrélation électro clinique avec diagnostic de certitude.
- Rarement obtenu lors de l'admission aux urgences ou à la consultation car **palpitations** souvent transitoires.
  - Si non obtenu initialement, réalisation d'un **Holter ECG** (24 à 96h) si fréquentes (> 1/sem) ou **ECG ambulatoire de longue durée** (7 à 21 jours) si symptômes plus rares voire **Holter implantable** (3-5 ans) dont le suivi peut être effectué à distance en télécardiologie, **Montres connectées.**
  - Si circonstances favorisantes : ECG dans les conditions de survenue (ex : épreuve d'effort).

<u>ECG inter critique</u> :
- Réalisé en dehors des palpitations, ECG bien souvent normal.
- Peut orienter sur mécanisme des **palpitations** : sus ST, pré-excitation ventriculaire...

<u>Démarche diagnostique d'une tachycardie</u> :
- **Régulière :**
  - *QRS fins* : jonctionnelle, tachy sinusale, flutter ou tachy atriale.
  - *QRS larges* : TV, tachy supraventriculaire avec anomalie de conduction.
- **Irrégulière** : fibrillation atriale.

EXAMENS COMPLÉMEN-TAIRES	**- Biologie de 1re intention** : NFS, ionogramme, TSH puis selon contexte (bêta-HBG, D-dimères, alcoolémie, troponines...) **- Échocardiographie** : recherche cardiopathie sous-jacente, FEVG, taille des oreillettes. **± IRM ± coronarographie.** **- Épreuve d'effort** : si survenue à l'effort ou suspicion d'ischémie myocardique. **- Enregistrement ambulatoire ECG** : objectif d'obtention d'un tracé per critique. • *Si > 1/semaine* : Holter ECG de 24 à 96 heures. • *Si < 1/semaine* : ECG ambulatoire de 7 à 21 jours. **Étude électrophysiologique endocavitaire (EEP)** : **- Intérêt diagnostic** ++ : recherche dualité nodale (faveur tachycardie par réentrée intra nodale = TRIN), voie accessoire, déclenchement trouble du rythme supraventriculaire par stimulation de l'oreillette droite, trouble du rythme V par stimulation ventriculaire programmée (= SVP, en 2 sites : apex et infundibulum pulmonaire). **- Intérêt thérapeutique** permet traiter une arythmie atriale, une TRIN, une voie accessoire... **- Autres :** tests médicamenteux (ex : isoprénaline, ajmaline), potentiels tardifs ventriculaires (dysplasie arythmogène du ventricule droit).
IDENTIFIER LES EXTRASYSTOLES	- **Battements prématurés et ectopiques** : en avance sur les battements « normaux » et de morphologie différente car naissent en dehors des voies de conduction normales, souvent suivis du repos compensateur (total équivalent à une double période) ou interpolés (pas de repos compensateur). - **Extrasystoles atriales** : naissent au niveau des oreillettes, aspect de **P'** (morpho différente et prématurée par rapport à P sinusale), suivi d'un **QRS identique** au QRS de base. • *Fait rechercher FA/flutter/TA ++ surtout chez patient obèse ou diabétique ou hypertendu.* • Onde P' bloquée si arrive précocement et entre dans NAV en période réfractaire physiologique. - **Extrasystoles ventriculaires** : naissent au niveau des ventricules, QRS large prématuré et différent du QRS basal sans onde P préalable, *fait rechercher des TV ++, recherche couplage court (phénomène R/T).* - **Extrasystoles jonctionnelles** : plus rares, naissent au niveau des voies de conduction hissiennes, aspect de QRS identiques et prématurés par rapport au QRS de base, sans onde P préalable. - **Caractéristiques des extrasystoles :** fréquence (nb/24h) ; répétitivité (isolée, doubles, salves) ; couplage court/long/variable (proximité par rapport à l'onde T précédente) ; morphologie : retard D/G ; bigéminée (1 sur 2) /trigéminée (1 sur 3) ; monomorphes (morphologie identique) /polymorphes ; déclenchement à l'effort ou au repos. - Souvent observées dans la population générale, pas pathologiques en elles-mêmes mais peuvent être : • **Symptomatiques** : sensation d'à-coup, battement manquant, ébranlement thoracique. • **Initiatrices d'arythmies** plus graves (ESA, FA ; ESV et TV/FV). • **ESV malignes** si : fréquentes, polymorphes, en salves, à couplage court (phénomène R/T), déclenchées à l'effort, survenant sur terrain de cardiopathie. - Causes générales : alcoolisation (**ivresse aiguë**), électrocution, pathologies respiratoires, hyperthyroïdie (**goitre ou nodule thyroïdien**), anomalie électrolytique (**ins. rénale chronique**, **dyskaliémie**), **anxiété**, dépression (**humeur triste/douleur morale**), grossesse, sd d'apnée du sommeil.
IDENTIFIER LA TACHYCARDIE SINUSALE	= Accélération du rythme sinusal normal au-delà de 100/min. - Le plus souvent **réactionnelle** ou **adaptative** (début/fin progressifs) : • Contexte physiologique : effort, émotion, stress. • Contexte cardiaque : ins cardiaque, EP, épanchement péricardique (**dyspnée**, **douleur thoracique**). • Contexte extracardiaque : fièvre, sepsis (**hyperthermie/fièvre**), anémie (**méléna/rectorragie**, **baisse de l'hémoglobine**), hypovolémie (**hémorragie aiguë**), hypoxémie (**dyspnée**), hyperthyroïdie (**goitre ou nodule thyroïdien**), grossesse, alcoolisme (**ivresse aiguë**), **hypotension** artérielle, **SAS**, sd de sevrage (**sevrage OH**), **médicaments** (sevrage BB-, atropiniques, sympathomimétiques, vasodilatateurs...) - Exceptionnellement, tachycardie sinusale isolée = tachycardie sinusale **inappropriée** (à l'orthostatisme ou à l'anxiété notamment).
IDENTIFIER LES TACHYCARDIES JONCTIONNELLES	= Se traduisent par des palpitations appelées "maladie de Bouveret", souvent **sujet jeune** (adolescent, adulte jeune) et sur **cœur sain.** - Se manifestent par des palpitations (parfois "battements cervicaux)", **début et fin brutale**, durée variable, sensation de tachycardie **régulière, polyurie post-critique**, **arrêtées par manœuvres vagales ou injection d'adénosine** ou adénosine-5'-triphosphorique en flash (CI asthme et HTA non contrôlée) [NAV = parfois composé de 2 voies : *une voie rapide* antérieure et supérieure à période réfractaire longue ET *une voie lente* postérieure et inférieure à période réfractaire plus courte. Souvent réentrée par la voie lente en antérograde et voie rapide en rétrograde, ESA = trigger fréquent, qui serait bloquée dans voie

	rapide, conduction donc dans la voie lente qui laisse le temps à la voie rapide de sortir de sa période réfractaire => activation en rétrograde dans la voie rapide]. - ECG : o per critique : **tachycardie régulière, ++ QRS fins**, 130 à 250/min en fonction des patients et de l'âge, activité atriale rétrograde (négative en inférieur), parfois invisible ou cachée dans la repolarisation • En dehors des palpitations : tracé normal ou pré-excitation ventriculaire (sd Wolff-Parkinson-White). • PEC variable ++ : *abstention*, voir "*pill in the pocket*", voir *ablation de la voie lente* (risque de BAV3 faible).
IDENTIFIER LE WOLFF-PARKINSON-WHITE	- Présence d'une **voie accessoire atrio-ventriculaire** (=bandelette musculaire) connectant les oreillettes aux ventricules (faisceau de Kent) responsable de **tachycardies jonctionnelles,** ++ jeunes patients avec cœur sain. - Manifestation ECG : pré-excitation ventriculaire évoquée en rythme sinusal devant la triade • **PR court** (PR < 120 ms). • **QRS larges** (> 120 ms). • Empâtement phase initiale du QRS (**onde delta**), pas de retour à la ligne isoélectrique avant le QRS. • Troubles de repolarisation possibles. - Aspect ECG de pré-excitation diminue voire disparaît avec atropine et augmente avec manœuvres vagales (blocage de la conduction dans le nœud atrioventriculaire). - Voies accessoires *cachées* (conduction dans le sens ventricule vers l'oreillette) ou *masquées* (majorité de l'influx par la voie nodo hissienne) rendant le diagnostic difficile sur ECG de repos). - Tachycardies **orthodromiques** : descente de l'influx par His et remontée par faisceau accessoire, QRS fins avec onde P' rétrograde. - Tachycardies **antidromiques** : descente de l'influx par faisceau accessoire et remontée par faisceau de His, QRS larges avec aspect de pré-excitation avec onde P' rétrograde. - Pronostic dépend de la présence de FA : patients + à risque de faire de la FA car activation rétrograde « permanente », risque de syncope/lipothymie/mort subite si FA car risque de conduction rapide ++ aux ventricules (=aspect de **super Wolff** avec QRS très élargis et irréguliers pouvant évoluer vers une FV). - Voie accessoire = maligne si période réfractaire très courte (< 250 ms), expose à rythme ventriculaire rapide et donc = indication formelle d'ablation. - Si patient avec FA sur voie accessoire => cardioversion en urgence si instable, sinon AAR de classe Ic ou amiodarone si hémodynamique conservée. **Mais CONTRE INDICATION des médicaments bloquant la voie nodale et pas la voie accessoire (adénosine, inh calcique, BB-, digitaliques…)** - Ablation de la voie accessoire : • Proposée si patient symptomatique avec épisodes de tachycardies réciproques répétitifs. • ++ chez patients avec FA et voie accessoire très perméable (période réfractaire antérograde courte).
IDENTIFIER LA NÉVROSE CARDIAQUE	= **Diagnostic d'élimination**, **ECG per critique strictement normal**, souvent obtenu grâce au monitorage longue durée. - Évoquer le diagnostic quand : • Examens cliniques et paracliniques tous normaux. • Pas de pathologie cardiaque ou extracardiaque identifiée. • Signes de dépression (**humeur triste, douleur morale**) ou d'**anxiété**, parfois auto-entretenu par prise en charge ou consultations itératives, lié à crainte irraisonnée de mourir subitement, avis psy souhaitable. - Savoir stopper les investigations à visée cardiologique, rassurer le patient, pas parler de « spasmophilie »...